



**面向学校的口腔健康计划  
口腔治疗同意书、免责声明与授权书**

• 学生姓名：\_\_\_\_\_ 学生的出生日期\_\_\_\_\_ 男 女

学校名称：\_\_\_\_\_ 学生学号\_\_\_\_\_ 年级：\_\_\_\_\_ 班级编号\_\_\_\_\_

父母/监护人姓名：\_\_\_\_\_ 家庭住址：\_\_\_\_\_

电话号码：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_ Medicaid/ALL KIDS - 9 位数领用人编号\_\_\_\_\_

身为上述学生的父母/监护人，我明白通过芝加哥市公共卫生局 (Department of Public Health) 和芝加哥公立学校**面向学校的口腔健康计划**（“计划”），持执照牙医将于近期前往我的孩子/受监护人所在学校，**免费**为学生及其在校家属提供**口腔检查/筛查，并在必要时进行牙齿清洁、氟化物治疗和使用牙齿密封剂**。除了常规的刷牙和使用牙线洁牙之外，牙齿密封剂可保护您孩子/受监护人的牙齿免受**蛀牙**的危害。牙齿密封剂是一种覆盖于臼齿咬合面的塑胶薄膜，用以隔绝食物和微生物。密封剂常用于未出现蛀牙的牙齿，而且不会有疼痛感。**本计划服务不包括钻牙或注射。**

我明白，鉴于我的孩子/受监护人加入**本计划**，以本人下列签名为证，对于**芝加哥市**及其各部门（包括公共卫生局）、员工、官员、志愿者、机构和代表，以及**芝加哥市教育委员会**及其成员、理事、机构、官员、合约商、志愿者和员工，我特此免除其因为我的孩子/受监护人加入**本计划**而对我或我的孩子/受监护人造成的任何与所有已知和未知、已预见和未曾预见的损失、人身伤害和损害，承担可能归于我或我的孩子/受监护人的所有责任，并使其不受损害；无论上述损失、人身伤害、损害或责任是否完全或部分是由于**芝加哥市**及其各部门（包括公共卫生局）、员工、官员、合约商、志愿者、机构或代表，或者芝加哥市教育委员会及其成员、理事、员工、官员、合约商、志愿者、机构或代表的疏忽大意所致。

我还明白，以本人下列签名为证，我知道代表芝加哥市公共卫生局免费提供医疗或牙科照护、治疗、诊断或建议的持执照牙医，在提供本计划所述的此类医疗或牙科照护、治疗、诊断或建议的过程中，对于因其行为或疏忽而导致的民事损害不承担任何责任，蓄意或恶意的不当行为除外。为授权牙科服务提供者和芝加哥市公共卫生局分享向您孩子/受监护人提供的本计划牙科服务相关信息，请在本页背面的“授权书”上签名。此份签名的同意书自孩子/受监护人的父母或监护人签名之日起**365**天内有效。

**种族：**（请圈选一项） 白人 黑人 亚裔/太平洋岛民 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 **西班牙裔**（请圈选一项） 是 否

**医疗信息：**您的孩子/受监护人是否曾患有下列任何一种疾病：**是 或 否** 如果是：请圈选出以下适当的疾病：

**哮喘 糖尿病 目前心脏有杂音 风湿热或风湿性心脏病 癫痫血液病/肝炎**

您的孩子/受监护人是否在服用任何药物？如果是，请列出药物名称：\_\_\_\_\_

您的孩子/受监护人是否有任何过敏症？如果是，请列出过敏症名称：\_\_\_\_\_

是否存在其他医疗相关症状？如果是，请列出症状：\_\_\_\_\_

身为上述孩子或受监护人的父母或监护人，我同意我的孩子或受监护人参加面向学校的口腔健康计划，该计划包括口腔检查/筛查，并根据需要进行牙齿清洁、氟化物治疗和使用牙齿密封剂，以及接受质量保证检测。我授权牙科服务提供者仅出于计费目的，使用我的孩子或受监护人的 Medicaid、ALL KIDS 编号。**我明白，如果我未签署此口腔治疗同意书和免责声明，我的孩子或受监护人将无法获得此计划包含的任何服务。**

**请在文件两面签名：**

父母/监护人

日期：